

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Anamnese für Kinder von 0-11 Jahren



Herzlich willkommen in unserer Praxis! Mit diesem Patientenerhebungsbogen helfen Sie uns, Sie besser behandeln zu können. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich.

Kontaktdaten (Kind)

Name:
Adresse:
Geburtsdatum:
PLZ/Ort:
Telefonnummer:
Handynummer:
Versichertenstatus (privat/gesetzlich):
Über wen versichert? (Geb.-Datum Elternteil):

Kontaktdaten (Eltern)

Name:
Adresse:
Geburtsdatum:
PLZ/Ort:
Telefonnummer:
Handynummer:
Versichertenstatus (privat/gesetzlich):

Allgemeine Anamnese

Bitte lesen Sie alle Fragen, kreuzen Sie entsprechend an und unterstreichen Sie Zutreffendes:

Raucht Ihr Kind?	Ja	Nein
Herzfehler, Herzgeräusch oder Herzerkrankung? (Herzpass seit)	Ja	Nein
Asthma, Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?	Ja	Nein
Lernschwäche oder Sprachprobleme?	Ja	Nein
Geistiges Handicap oder geistige Verzögerung?	Ja	Nein
Leber- oder Nierenerkrankung?	Ja	Nein
Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt?	Ja	Nein
Spastiken oder veränderter Muskeltonus?	Ja	Nein
Hörschwierigkeiten oder Taubheit?	Ja	Nein
Sehschwäche oder Augenerkrankung?	Ja	Nein
Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?	Ja	Nein
Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?	Ja	Nein
Tumore oder bösartige Krankheiten?	Ja	Nein
Blutkrankheiten: Blutet Ihr Kind länger als üblich?	Ja	Nein
Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?	Ja	Nein
Frühgeburt, Kaiserschnitt oder Zangengeburt?	Ja	Nein
Leidet Ihr Kind unter anderen als hier genannten Krankheiten?	Ja	Nein
<i>Wenn ja, welche?</i>		
Hat Ihr Kind Allergien?	Ja	Nein
<i>Wie äußern sich diese?</i>	Ja	Nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	Ja	Nein
<i>Wenn ja, welche?</i>		
War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?	Ja	Nein
Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen?	Ja	Nein
<i>Wenn ja, welche?</i>		
Wie lautet der Name des Kinderarztes?		

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Anamnese für Kinder von 0-11 Jahren

Zahnmedizinische Anamnese

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?	Ja	Nein
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	Ja	Nein
Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?	Ja	Nein
Was ist der Grund für den heutigen Besuch?		
Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?	Ja	Nein

Ernährungsgewohnheiten

Ist Ihr Kind gestillt worden?	Ja	Nein
<i>Wie lange?</i>		
Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?	Ja	Nein
<i>Wie lange? Immer noch? Morgens oder Abends?</i>		
Ist Ihr Kind ein guter Esser?	Ja	Nein
Isst Ihr Kind viel Süßes? Mehr als 1× täglich?	Ja	Nein
Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate, Zahnpasta, fluoridiertes Salz oder Ähnliches?	Ja	Nein
Putzen Sie bei Ihrem Kind nach?	Ja	Nein

Ich bin darüber informiert, dass die Zahnarztpraxis Thomas Wendt mir entstandene Privatleistungen sowie Eigenanteilsordnung nach Leistungserbringung in Rechnung stellt und sofort in bar oder mit EC-Karte bezahlt werden.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend eine Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Weitere administrativ wichtige Informationen

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten oder die Ihres Kindes sind uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten oder die Ihres Kindes nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger personenbezogener Daten können vor allem andere Ärzte, Zahnärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder Zahnärztekammern sein.

Hiermit bestätige ich, dass die Unterlagen und Röntgenbilder meines Kindes zu medizinischem Zweck sowohl weitergeleitet als auch von uns angefordert werden dürfen.



Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____